様式第22号(第14条関係)

|  |
| --- |
| **介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書****(　　　　　年　　　月分)** |
| 　 | 1. フリガナ
 | 　 | 男・女 | 保険者番号 | 　 | **０** | **３** | **３** | **２** | **２** | **５** | 　 |
| 被保険者氏名 | 　 |
| 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 大・昭　　 　　　　年　 　月　 　 日 |
| 1. フリガナ
 | 　 | 男・女 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被 保 険 者 氏 名 (合算の場合) | 　 |
| 個人番号 |  |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 生年月日 | 大・昭　　 年　 　 月　 　日 |
| 支 払 金 額1. )
 | 円 | 支 払 金 額1. )
 | 円 |
| 支 払 金 額 合 計 ( ①＋② ) | 円 |
| 口座振替依頼欄 | 銀　　行信用金庫信用組合農業協同組合 | 本　店支　店出張所 | 種目 | 口座番号 |
| 1.普通預金2.当座預金3.その他 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 金融機関コード | 店舗コード |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 口座名義人 | 　 |
| 矢巾町長 様上記のとおり関係書類を添えて高額介護(介護予防)サービス費の支給を申請します。　令和　　　 年　　 　月　　　 日申請者　住所　〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　）氏名　　　　　　　　 　　 　 　　　　　本人との関係（　　　　　　　） |
| ※保険料を完納されていない方については、高額介護(介護予防)サービス費の支給ができない場合があります。　矢巾町 |
| 　 | 区分 | 領収証確認欄 | 保険料納付状況 | 備　　　　　　　考 | 　 |
|  |
| 1　単　 独2　合　 算 | 　 | 未納保険料有 ・ 無 |
| 滞納保険料有 ・ 無 |
|  |